

Santiago de Cali, 06 de mayo del 2026

Señores  
Departamento Administrativo de Hacienda Municipal  
Oficina de Contabilidad  
Alcaldía Municipal de Santiago de Cali  
Ciudad

Para efectos de la deducción por dependientes (Artículos 387, modificado por el artículo 9 de la ley 2277 de 2022 y 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el Artículo 9 del Decreto 2250 de 2017), CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que las siguientes personas que relaciono, son mis dependientes y que por ellos no se ha solicitado este beneficio por otro contribuyente:

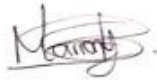
CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS		
1	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.		
2	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 <sup>1</sup> años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.		
3	3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes.		
4	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT (\$13.617.240 para el año 2026), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.		
5	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT (\$13.617.240 para el año 2026), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.		
CATEGORÍA	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
1	EMMANUEL TORRES CRUZ	1.116.379.081	HIJO

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

ANEXO:

CERTIFICADO DE INTERESES DE VIVIENDA	AÑO _____ SI ( ) NO ( X )
CERTIFICADO MEDICINA PREPAGADA	AÑO _____ SI ( ) NO ( X )

Nombre: Mariony Cruz Martínez Firma:  
Organismo: Secretaría Educación Municipal Cali



No. de Documento: 1.118.297.754



<sup>1</sup> Ley 2411 de 2024, artículo 2

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.116.379.081**  
**TORRES CRUZ**

APELLIDOS  
**EMMANUEL**

NOMBRES  
*Emmanuel*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUN-2015**  
**CALI**  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**16-JUN-2033**

FECHA DE VENCIMIENTO  
**14-FEB-2023 YUMBO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**O+** **M**  
G S RH SEXO

REGISTRO NACIONAL  
ALEXANDER VEGA POCHA



P-3112100-01343750-M-1116379081-20230228 0098674545A 1 8507291820